



RESTABLECER FORMULARIO

ENVIAR POR EMAIL

IMPRIMIR

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR FALLECIMIENTO MUPOL IMPULSO

DATOS PERSONALES DEL MUTUALISTA FALLECIDO:

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE FALLECIMIENTO:		
		Nº de Póliza	

¿TIENE DESIGNADO A SUS BENEFICIARIOS? (Señalar con X)

SÍ	NO	SE DESCONOCE
----	----	--------------

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:

APELLIDOS:			NOMBRE:		
DNI:	CP:	DOMICILIO:			
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		
EMAIL:			TELF.:		MÓVIL:
DATOS BANCARIOS – NÚMERO DE CUENTA:		IBAN	ES		

APELLIDOS:			NOMBRE:		
DNI:	CP:	DOMICILIO:			
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		
EMAIL:			TELF.:		MÓVIL:
DATOS BANCARIOS – NÚMERO DE CUENTA:		IBAN	ES		

APELLIDOS:			NOMBRE:		
DNI:	CP:	DOMICILIO:			
LOCALIDAD:			PROVINCIA:		
EMAIL:			TELF.:		MÓVIL:
DATOS BANCARIOS – NÚMERO DE CUENTA:		IBAN	ES		

Los abajo firmantes, en su condición de beneficiarios del mutualista fallecido, solicitan la prestación que legítimamente les corresponda.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos RGPD (UE) 2016/679, Mutualidad de Previsión Social de la Policía, en adelante MUPOL, con domicilio social en Calle Ferrocarril, 18-4ª Plt.- 28045 - Madrid, email: lopd@mupol.es le informa: los datos aportados en este formulario, así como en la documentación que pueda adjuntarse, serán tratados con la finalidad de atender su solicitud de prestación por fallecimiento en MUPOL IMPULSO, así como el envío, a través de cualquier medio, incluidos medios electrónicos, de información relativa a la relación precontractual existente entre MUPOL y el solicitante. El plazo de conservación de los datos estará determinado por el tiempo necesario para atender su solicitud. Los datos aportados en este formulario, así como la documentación adicional, son necesarios para poder atender su solicitud. La falta de estos podrá motivar que su solicitud no pueda ser atendida. Igualmente, los datos se comunicarán a las Administraciones públicas para el cumplimiento de las obligaciones legales. Los datos podrán ser cedidos a las entidades que usted nos señala en este formulario para la gestión de pagos y a los prestadores de servicios necesarios para gestionar la correcta ejecución del contrato.

- ¿Consiente el uso de sus datos por parte de MUPOL y/o de sociedades pertenecientes a la Entidad, de terceras empresas y entidades colaboradoras del sector asegurador (en este caso, excluyendo sus datos de salud) para recibir ofertas, servicios, publicidad, incluyendo la realización de encuestas de calidad y satisfacción y programas de fidelización de los mutualistas u otros análogos, a través de cualquier canal, incluyendo medios electrónicos? Dicho consentimiento, en caso de proporcionarlo, será revocable en cualquier momento: SÍ NO

Por último, usted podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar sus derechos deberá presentar un escrito dirigido a MUPOL en la dirección postal o correo electrónico señalados en este apartado. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En todo caso, usted tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos cuando no haya tenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. En nuestra Web www.mupol.es puede consultar nuestra Política de Privacidad con mayor amplitud. He leído y acepto

_____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar, fecha y firma del solicitante)

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

1.-MODO DE COMUNICACIÓN Y ENVÍO:

a) Por correo electrónico

Cumplimente la presente solicitud y, una vez completada, envíela a areatecnica@mupol.es. En este caso, es necesario cumplimentar los campos obligatorios y firmar con firma electrónica reconocida.

b) Presencial o por correo postal

Cumplimente la presente solicitud y, una vez firmada, puede entregarla directamente en la sede de MUPOL o enviarla por correo postal al domicilio social de la misma: Calle Ferrocarril núm. 18 - 4ª Planta, 28045 – MADRID.

2.- DOCUMENTOS A APORTAR. En todos los casos, acreditación de la titularidad de la cuenta bancaria indicada en la presente solicitud.

- a) Solicitud de prestación por fallecimiento.
- b) Número de cuenta bancaria de los beneficiarios.
- c) Certificado de titularidad de la cuenta bancaria.
- d) Certificado de defunción.
- e) Certificado de últimas voluntades.
- f) Testamento o declaración de herederos.
- g) DNI de beneficiarios. En caso de menores sin DNI, Libro de Familia.
- h) Justificante de liquidación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- i) Cualquier otro documento necesario que MUPOL estime necesario para el reconocimiento del derecho.

3.-RECLAMACIONES Y QUEJAS: MUPOL, al amparo de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema financiero; del Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros y de la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el Defensor del Cliente de las entidades financieras, cuenta con un Servicio de Atención al Mutualista SAM - sam@mupol.es - ante el que podrán interponerse cuantas reclamaciones y quejas estén relacionadas con la actividad de previsión social de MUPOL, tanto por los mutualistas y/o sus beneficiarios, como por terceros perjudicados, cuyo Reglamento íntegro está a disposición y podrá consultarse por los interesados en la Web de la Entidad: www.mupol.es

Las reclamaciones o quejas presentadas serán resueltas por el SAM en el plazo de dos meses contados desde la presentación ante el mismo, siendo condición previa antes de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana, 44 de Madrid, al que podrán dirigirse en caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento o una vez transcurrido dicho plazo sin haber obtenido contestación al respecto.